

Литература:

1. Carter, J. D. Treating reactive arthritis: insights for the clinician / J. D. Carter // Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. – 2010. – Vol. 2. – P. 45.
2. Combination Antibiotics as a Treatment for Chronic Chlamydia-Induced Reactive Arthritis / J. D. Carter [et al.] // Arthritis Rheum. – 2010. – Vol. 62, N 5. – P. 1298–1307.
3. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 // MMWR Recomm Rep. – 2015. – Vol. 64, N 3. – P. 1–140.
4. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections / E. Lanjouw [et al.] // Int J STD AIDS. – 2016. – Vol. 27, № 5. – P. 333–348.
5. Antibiotic treatment and long term prognosis of reactive arthritis / K. Laasila [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – Vol. 62. – P. 655–658.
6. Comparing 10-day and 4-month doxycycline courses for treatment of Chlamydia trachomatis-reactive arthritis: a prospective, double-blind trial / N. Putschky [et al.] // Annals of the Rheumatic Diseases. – 2006. – Vol. 65. – P. 1521–1524.
7. Effect of azithromycin and rifampin on Chlamydia trachomatis infection in vitro / U. Dreses-Werringloer [et al.] // Antimicrob. Agents Chemother. – 2001. – Vol. 45. – P. 3001–3008.
8. Development potential of rifalazil / D. M. Rothstein [et al.] // Expert Opin. Investig. Drugs. – 2003. – Vol. 12. – P. 255–271.

**ОЦЕНКА ПРИЕМА ПРОБИОТИЧЕСКОГО
ПРОДУКТА АЦИДОФИЛЛИН ПРИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ
ПНЕВМОНИЯМИ**

*Немцов Л.М.¹, Сезеневская О.М.², Павлова И.Н.¹, Уткевич Л.Е.²,
Ландарев Е.Е.², Гирса В.Н.²*

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»²

Актуальность. Пробиотики (синоним эубиотики) — непатогенные для человека бактерии или другие микроорганизмы, обладающие антагонистической активностью в отношении патогенных и условно патогенных микроорганизмов, и способные восстановить нормальную микрофлору. Чаще всего в качестве пробиотиков используются определенные штаммы лактобактерий и бифидобактерий [1,2].

Существуют противоречивые сведения о возможности применения пробиотиков в отношении профилактики и лечения различных заболеваний.

Пробиотики уменьшают частоту и тяжесть диареи. Некоторые штаммы пробиотиков эффективны для повышения иммунного ответа. Они участвуют в стабилизации барьерной функции желудочно-кишечного тракта и уменьшении воспаления его слизистой. *Lactobacillus acidophilus* Lai вырабатывает соединение с антимикробной активностью. Ряд штаммов лактобактерий и бифидобактерий вероятно уменьшают побочные эффекты антибиотикотерапии [2,3].

Ацидофильная палочка (*Lactobacillus acidophilus*), в отличие от многих микроорганизмов-пробиотиков, устойчива в желудочной кислой среде. Это свойство ацидофильной палочки, обеспечивает более длительное и стойкое подавление патогенных (болезнетворных) и условно-патогенных микроорганизмов в ЖКТ, улучшение процессов пищеварения, устранение дискомфорта в брюшной полости. Ацидофильная палочка устойчива к действию многих антибиотиков, поэтому во время лечения антибиотиками способствует восстановлению нормальной микрофлоры кишечника [3].

Ацидофилин – это молочный продукт с пробиотическими свойствами - вырабатывается из молока, сквашенного симбиозом заквасок, состоящих из ацидофильных молочнокислых палочек, молочнокислых стрептококков, и закваски на кефирных грибах. Количество молочнокислых микроорганизмов не менее 1×10^7 КОЕ (колониеобразующая единица) в 1 г продукта. Ацидофилин рекомендован управлением здравоохранения Витебского облисполкома для лечебного питания пациентов (информационное письмо от 21.10.2016 г.).

Цель. Предварительная оценка клинической эффективности молочнокислого пробиотического продукта ацидофилин при антибактериальной терапии у пациентов с заболеваниями легких.

Материал и методы. Обследовано 29 пациентов (средний возраст – медиана 54,0 [39,0-59,0] лет) с внегоспитальными пневмониями (в том числе, 7- в сочетании с ХОБЛ) в терапевтическом отделении УЗ ВГК БСМП во время приема ацидофилина на фоне антибактериальной терапии.

Критерии выбора пациентов - гастроинтестинальная симптоматика на фоне антибактериальной терапии у пациентов с внегоспитальными пневмониями. Критерии исключения – обострение пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, злокачественные новообразования, псевдомембранозный колит, аллергия на молочные продукты.

Пациенты во время антибактериальной терапии принимали Ацидофилин (ОАО Молоко, Витебск) по 150 мл за 1 час до еды 2 раза в день не менее 12-14 дней. Для закрепления полученного эффекта пациентам при выписке рекомендовали продолжить приема ацидофилина в течение не менее 2 месяцев.

Методы исследования – общий и биохимический анализы крови, рентгенография грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия, эхография

органов брюшной полости, копроцитограмма до приема и на 12-14-ый день от начала приема пробиотика.

Все пациенты отвечали на вопросы стандартизированного опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale, русская версия) до приема ацидофилина и на 12-14-ый день от начала приема. Опросник GSRS содержит 15 вопросов шкалы оценки желудочно-кишечных симптомов в течение предыдущей недели. Шкала включает оценку 5 синдромов - диарейного, диспепсического, констипационного, абдоминальной боли, рефлюксного. Ответы оценивались в баллах от 0 (нет симптома) до максимально 6 баллов (очень сильный). Статистическая оценка проведена с помощью программы Statistica 7.0.

Результаты и обсуждение. Прием ацидофилина по 150 мл за 1 час до еды 2 раза в день в течение 12-14 дней сопровождался уменьшением ($p>0,05$) симптомов диспепсического, констипационного, диарейного, рефлюксного синдромов, а также уменьшением абдоминальной боли (см. Таблица 1). По данным копроцитограммы у пациентов отмечена тенденция улучшения переваривания углеводов (растительной клетчатки) и нейтрального жира (см. Таблица 2). Одновременно наблюдалась положительная динамика лабораторных анализов крови (снижение лейкоцитоза, СРБ, СОЭ).

Таблица 1. Динамика оценки синдромов дисфункции желудочно-кишечного тракта на фоне приема ацидофилина

Синдромы	До приема ацидофилина		После приема ацидофилина		Достоверность различий по Т-критерию Вилкоксона		
	Кол-во случаев	Размах оценки в баллах	Кол-во случаев	Размах оценки в баллах	T	Z	p
Диарейный	8	1-23	4	1-5	4,00	2,19	<0,05
Диспепсический	22	2-16	13	1-4	13,50	3,79	<0,001
Констипационный	14	1-8	9	1-5	9,00	2,73	<0,01
Абдоминальная боль	16	1-6	2	1-2	5,00	3,38	<0,001
Рефлюксный	10	1-7	4	1	7,00	2,51	<0,001

Таблица 2. Динамика оценки копроцитограммы

Показатели копроцитограммы	До приема ацидофилина		После приема ацидофилина		Достоверность различий по Т-критерию Вилкоксона		
	Медиана (баллы)	[25%-75%]	Кол-во случаев	Размах оценки в баллах	T	Z	p
Форма стула	1,0	1,0-2,0	1,0	1,0-1,0	2,50	0,91	>0,05
Мышечные волокна	2,0	1,0-3,0	1,0	0,0-3,0	2,00	2,02	>0,05
Нейтральный жир	1,0	0,0-2,0	0,0	0,0-1,0	3,50	2,03	<0,05
Растительная клетчатка	1,5	1,0-2,0	1,0	0,0-1,0	6,0	2,76	<0,01
Крахмал	0,0	0-2	0,0	0,0-0,0	2,50	0,91	>0,05

Вывод. Предварительная оценка указывает на уменьшение клинических проявлений диарейного, констипационного, диспепсического и рефлюксного синдромов и улучшение переваривания растительной клетчатки и нейтрального жира у пациентов с внегоспитальными пневмониями при приеме молочнокислого продукта-пробиотика ацидофилина во время антибиотикотерапии.

Литература:

1. Пробиотики в комплексном лечении больных с заболеваниями ЖКТ с сопутствующим дисбактериозом кишечника / Н. М. Грачева [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 9. – С. 42–45.

2. Пробиотики и пребиотики / F. Guarner [et al.] // Всемирная гастроэнтерологическая организация (WGO) : практ. рекомендации : пер. с англ. – 2008. – 37 с.

3. Ljungh, A. Lactic acid bacteria as probiotics / A. Ljungh, T. Wadström // Curr. Issues Intest. Microbiol. – 2006. – Vol. 7, № 2. – P. 73–89.

**РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР
РИСКА РАЗВИТИЯ ГАСТРОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ
ПРИЕМОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
СРЕДСТВ, У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Павлюков Р.А., Конорев М.Р.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) – заболевание, находящееся в фокусе внимания ревматологов всего мира в течение десятилетий. Это связано с большим медицинским и социальным значением данного заболевания. [1].

Одна из наиболее широко применяемых групп противоревматических средств – несомненно, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) [2].

Наиболее частым и опасным осложнением НПВС-терапии является лекарственная гастропатия, под которой понимают симптомокомплекс поражений желудочно-кишечного тракта [3].

Несмотря на то, что факторы риска развития НПВС-индуцированной гастропатии хорошо изучены, на сегодняшний день недостаточно известно о влиянии ревматоидного фактора на риск развития НПВС-гастропатии у пациентов с ревматоидным артритом при лечении НПВС. Ранее нами было установлено, что наличие некоторых антител у пациентов с ревматоидным артритом, принимающих НПВС, влияет на вероятность возникновения эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки [4,5]. Таким образом, имеется необходимость более глубокого изучения данной темы.

Цель: заключалась в выделении группы пациентов с серопозитивным и серонегативным ревматоидным артритом и регистрации появления